



投稿



查稿



网上商城



考试



期刊



视频

首页

职称晋升

医学期刊

专科文献

期刊阅读

特色服务

医学新知

医学教育

网上商城

医学考试

经典专题

专科文献



在线投稿



稿件查询



期刊阅读



搜索

请输入您想要的信息

搜索

高级搜索

您当前位置: 首页 >> 专科文献 >> 肿瘤科

肿瘤科

原发性腹膜后肿瘤26例临床分析

发表时间: 2011-9-30 12:20:18 来源: 创新医学网医学编辑部推荐

作者: 张治林,竺亮,胡玮,王飙 作者单位: 宁夏煤炭石嘴山中心医院外一科,石嘴山

【摘要】 为总结原发性腹膜后肿瘤(PRPTs)的临床特征,提高其诊治水平,回顾分析26例原发性PRPTs患者的临床资料。结果原发性PRPTs最常见的临床表现为腹部包块、腹痛、腹胀、腰痛,多数瘤体较大,组织学类型繁多,并常累及泌尿系、消化系及血管等。本组病例肿瘤手术切除率为88.46%。联合脏器切除可以提高肿瘤的完整切除率。肿瘤良恶性、切除程度是影响手术后复发的主要因素。原发性PRPTs的临床表现、组织学类型、累及脏器、外科治疗均较复杂。完整切除是唯一有效的治疗方法,也是降低术后复发的主要措施。

【关键词】 腹膜后肿瘤;诊断;外科手术

原发性腹膜后肿瘤(Primary retroperitoneal tumors, PRPTs)组织学类型繁多,临床表现缺乏特异性,而且部位深,病人就诊时肿瘤常较大,多已累及周围脏器,因而诊治比较困难。外科手术是治疗PRPTs最重要和最有效的手段,手术完整切除可以有效预防术后复发,且大多数PRPTs对放疗、化疗及其他辅助治疗不甚敏感,PRPTs多呈低度恶性,较少全身扩散转移,局部复发后再切除率高,预后好。本文对我院近20年来收治的PRPTs病人的临床及随访资料进行分析,讨论该类肿瘤的临床特征、外科手术治疗以及影响其术后复发的各种因素。

1 临床资料

1.1 一般资料 男9例,女17例,年龄10个月至74岁,平均34.4岁。病程3d~29年,平均病程36个月。26例均行手术治疗,其中良性18例,恶性8例。

1.2 临床表现与诊断 26例病人中,主要临床表现有腹部包块(18例)、腹痛(9例)、腹胀(6例)、腰痛(4例)、消瘦乏力(2例),此外还有下肢疼痛、小便困难、下肢麻木、呕吐、乏力、食欲下降、直肠刺激征、恶心、反酸、腹泻等。6例无临床症状,仅在体检时发现。术前诊断腹膜后肿瘤9例(34.6%);误诊16例(61.5%),误诊为卵巢肿瘤9例,腹腔肿瘤3例,肾源性肿块4例;肿块完整切除18例(69.2%),其中良性13例。

1.3 辅助检查 腹平片13例,4例有钙化影,余9例阴性。胃肠钡剂造影7例均见胃肠道受压,无胃肠道器质性病变。肾盂下行造影3例,1例肾不显影,余2例显影移位。B超26例均探及肿块,8例确定为腹膜后肿瘤。CT检查18例,其中5例确定为腹膜后肿瘤。术前准备:术前根据影像学检查了解肿瘤大小、位置与周围脏器、重要血管关系,估计手术切除可能性及风险性。本人认为静脉肾盂造影或逆行肾盂造影可以了解肿瘤与输尿管的关系,应作为术前常规的检查。估计手术出血量大者,备新鲜血。合并联合脏器切除,需了解肾功能,行肠道准备,备术中快速冰冻检查。

1.4 病理结果 肿瘤长度7~35cm, <12cm 13例(50%),最重7kg。组织学类型见表1,复发病人中脂肪肉瘤2例,平滑肌肉瘤1例。

特色服务
Serves

- 论文推荐
- 著书代理
- 统计学分析
- 学分获取
- 专业修稿
- 专业审稿
- 英文翻译
- 写作辅导

期刊约稿

- 中国社区医师
- 医学信息
- 吉林医学
- 按摩与康复医学
- 临床合理用药杂志

推荐期刊

吉林医学



- 期刊介绍
- 在线阅读
- 在线订阅
- 在线投稿

题名撰写

医学论文题名撰写中常见问题

在线客服...

QQ交谈 1254635326
 QQ交谈 4006089123
 545493140(重要)
 400-6089-123 68590972

1.5 PRPTs的外科治疗 26例中18例行肿块完整切除,联合脏器切除3例,肿块部分切除2例,行活检术3例。全组均手术治愈出院。26例PRPTs组织学类型

2 讨论

2.1 腹膜后肿瘤早期诊断 原发性腹膜后肿瘤,指起源于腹膜后潜在间隙内的肿瘤,不包括胰腺、肾、肾上腺、输尿管等器官内的肿瘤。组织来源包括脂肪、神经、肌肉、血管组织、淋巴组织、纤维结缔组织、筋膜和胚胎残留组织。腹膜后肿瘤临床少见,占有所有肿瘤的0.07%~0.2%[1]。因其部位深在,肿瘤组织来源较多,早期缺乏特异症状,多以腹块、腹痛就诊,易误为其他脏器肿瘤,但作为临床医生,应考虑腹膜后肿瘤的可能。目前基层医院已能开展X线腹平片、B超、胃肠钡剂造影、肾盂造影及CT等检查,本人认为应根据具体情况选用至少3种以上的辅助检查,可望提高腹膜后肿瘤的诊断。B超能显示肿块的大小及液实性关系,CT除显示肿块大小及液实性关系,尚能显示肿块的位置及其毗邻关系,均有助于早期诊断[2]。

2.2 腹膜后肿瘤的治疗 原发性腹膜后肿瘤最主要的生物学特性是局部生长,远处转移者少见,因此手术切除是主要的治疗手段。手术切除的原则是:完整、整块切除肿瘤,包括肿瘤周围受累的组织 and 器官,术中不破坏肿瘤,不残留肿瘤组织和肿瘤包膜[3]。只有手术才能确定肿瘤的具体位置并切除肿瘤。术前尽可能确定肿瘤的部位及受累组织并做好受累组织切除的准备。CT检查能显示肿块的位置及其毗邻关系,静脉肾盂造影或逆行造影能显示肿瘤与输尿管的关系,有助于避免术中损伤周围脏器,手术时切口选择要恰当,要有充分的暴露,要找到正确的手术解剖间隙,沿肿瘤包膜分离切除,对于巨大的肿瘤,可对有囊性病损肿块行抽吸囊液以减少肿瘤体积,或者化整为零分块切除,但要注意肿瘤种植转移,对术中出血及应急处理要有充分的思想准备;肿瘤的表面血管丰富,加上巨大肿瘤可能使腹腔与腹膜后的解剖位置面目全非,此时的关键是保护血管避免损伤,不要把肿瘤挤压变细的大血管误作瘤体上的血管切断。本组良性肿瘤及肿瘤直径在12cm以下居多,肿瘤倾向局限性生长,几乎无严重的受累组织,肿块完整摘除率高,预后较好。

PRPTs的完全切除率较低,术后易复发。对于复发的肿瘤,手术依然是重要的治疗措施,原因是大部分肿瘤为局部复发或种植转移[4],较少有远处转移;除了淋巴瘤和生殖源性肿瘤外,多数肿瘤对放、化疗不敏感。本组复发后再手术的共3例,2次手术2例,完整切除1例,3次手术1例,完整切除1例。由于复发后,局部解剖结构出现变异和肿瘤广泛浸润,再次手术比第1次手术更为复杂,且每次复发肿瘤恶性程度有逐渐增高的趋势,因此十分强调首次切除的完整性。

【参考文献】

- [1] 张雪峰.原发性腹膜后肿瘤术后复发的治疗[J].实用外科杂志,1991,11(6):316.
- [2] 董明.成人腹膜后畸胎瘤的诊断和治疗[J].实用外科杂志,1991,11(6):308.
- [3] 蒋彦永.原发性腹膜后肿瘤[J].中华肿瘤杂志,1986,8(3):201.
- [4] 但震宇,耿小平,熊奇如,等.41例原发性腹膜后恶性肿瘤的诊断与治疗[J].中国实用外科学杂志,2002,22(7):470-471.

最热点击



创新之冠花落谁家?



医学编辑中心成立了



考试第一练兵平台



看视频学在线投稿

相关文章

▶ 原发性腹膜后肿瘤26例临床分析

2011-9-30

0
顶

0
踩

★ 加入收藏夹

复制给朋友

分享到外站

请文明上网，文明评论。

发表评论

重置

▲ 上一页

当前第1页，共1页

▼ 下一页



创新医学网
www.yixue360.com

[关于我们](#) | [合作伙伴](#) | [特色服务](#) | [客户留言](#) | [免责声明](#) | [学术团队](#) | [学术动态](#) | [项目合作](#) | [招贤纳士](#) | [联系方式](#)

电话: 400-6089-123 029-68590970 68590971 68590972 68590973 传真: 029-68590977

服务邮箱: vip@yixue360.com QQ: 1254635326 (修稿) QQ: 545493140 (项目合作)

Copyright © 2007 - 2012 www.yixue360.com , All Rights Reserved 陕ICP备:08003669号



匿名交谈